

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André BAZIN

Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CHANCRÉS MIXTES

DE LEUR FRÉQUENCE

DE LEUR DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DES ERREURS A ÉVITER. - DES MOYENS PROPOSÉS POUR
Y REMÉDIER

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

320

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André BAZIN

Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CHANCRES MIXTES

DE LEUR FRÉQUENCE

DE LEUR DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DES ERREURS A ÉVITER. - DES MOYENS PROPOSÉS POUR
Y REMÉDIER



Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie de périmentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINEOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON AMI HENRI MATHIEU

ET A SES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME

Membre de l'Académie de Médecine de Paris
Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

A M. le Professeur HALIPRÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu à Rouen
Chevalier de la Légion d'honneur

En reconnaissance de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans son service et de l'excellent enseignement que nous avons reçu.

A M. le Docteur PAYENNEVILLE

Médecin de l'hospice général de Rouen
Chef du service de Dermatologie
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a fourni les éléments de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. le Docteur LOISEL

Médecin à l'hospice général

M. le Docteur MAGNIAUX

Chirurgien des Hôpitaux

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE
ROUEN

A M. le Docteur BROcq

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Dans le service duquel nous avons complété avec tant de profit nos connaissances en Dermatologie et Vénérologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CHANCRES MIXTES

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune après, la démobilisation d'être affecté à titre d'interne près du Dr Payenneville à Rouen dans son service d'hôpital et dans son service annexe de dermato-vénéréologie.

Nous y avons fait près de lui nos débuts dans l'art de soigner les maladies de peau et les maladies vénériennes. Son enseignement méthodique et l'attention particulièrement bienveillante qu'il a eu à notre égard nous a engagé à poursuivre nos études dans cette voie. C'est donc avec grand cœur que nous tenons à lui adresser ici l'expression de notre reconnaissance.

Qu'il veuille bien nous permettre de retracer en quelques lignes l'œuvre qu'il a créée à Rouen, afin de la mieux faire connaître encore, afin qu'une juste admiration soit la récompense de ses efforts et de son extraordinaire activité; et qu'elle serve d'exemple dans la lutte antisyphilitique qui s'impose pour le pays.

Reprenant après la guerre la direction du service

annexe fondé à Rouen, il en étendit rapidement la portée. Sur son initiative, un pavillon spécial fut aménagé : salle de consultations gratuites, salle de piqûres, salles d'hospitalisation, laboratoire outillé furent installés. Les malades s'y présentèrent bientôt de plus en plus nombreux. 1.500 actes médicaux, c'est-à-dire la totalité des consultations, examens de laboratoire, piqûres, pansements, y furent faits par mois en 1919. Ce chiffre atteint maintenant plus de 3.600.

Ce service annexe devint le centre principal de sa lutte contre la syphilis dans la région rouennaise, 987 syphilitiques inscrits y suivent le traitement ambulatoire, ce qui représente environ plus d'une centaine d'injections intraveineuses par jour. Le laboratoire y recueille de nombreuses prises de sang dont l'examen est sollicité par des médecins de la ville et des localités voisines.

Les salles d'hospitalisation admettent d'une façon administrativement anonyme des malades dont la situation sociale et les ressources sont jugées dignes d'intérêt.

Médecin-chef du centre militaire de dermato-vénérologie de la III^e Région, il y introduisit sa méthode et ses techniques.

Il vient depuis quelques mois de parfaire son œuvre en étant le promoteur d'un dispensaire municipal où les femmes soumises sont rigoureusement obligées de se présenter deux fois par semaine. Sous sa direction, elles reçoivent chaque jour, sous con-

trôle du Wassermann un traitement intensif, ambulatoire et obligatoire.

Ainsi, le Dr Payenneville étant à la tête du service d'hôpital et de ces différentes formations, la lutte antisyphilitique a pris un caractère efficace. Consultations gratuites, conférences de prophylaxie, traitements ambulatoires, surveillance des hospitalisations civiles et militaires, surveillance de la prostitution font un ensemble qui, dans une ville de province, doit avoir un rendement certain et dont déjà on s'aperçoit des résultats.

Nous avons déjà sous l'instigation de notre maître le Dr Payenneville réuni les cas où nous nous étions trouvé en présence de chancres mixtes. Et le Dr Payenneville avait cru bon publier à ce propos dans *le Bulletin médical* d'avril 1920 combien l'association du chancre mou et du chancre syphilitique était fréquente.

Jusqu'à ces dernières années, en effet, le chancre mixte était considéré comme une rareté ; le professeur Fournier lui-même, dans son magistral *Traité sur la syphilis*, à propos de cette question, écrivait : « Pour mémoire seulement je signalerai une difficulté de diagnostic des plus exceptionnelles, à savoir la coexistence possible du chancre syphilitique et du chancre simple sur un même sujet... en fait, cette coïncidence est des plus rares. »

Comment s'étonner après cette assertion d'un des maîtres les plus autorisés à une époque où le laboratoire jouait en syphiligraphie un rôle si restreint qu'un grand nombre d'erreurs étaient commises.

Il est permis de penser qu'un certain nombre d'accidents tardifs de la syphilis, en particulier les manifestations nerveuses, sont imputables à des erreurs de diagnostic qui ont fait prendre pour des chancres simples des ulcérations dans lesquelles le tréponème était associé au bacille de Ducrey.

On conçoit l'importance du diagnostic. Etablir que, dans une ulcération, le tréponème est associé au bacille de Ducrey, le déceler avant qu'une séro-réaction positive nous avertisse de sa dissémination et d'une modification profonde des humeurs, tel est le but qu'il faut atteindre.

Etant donnés les moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement, de l'accord qui semble être fait sur le traitement de la syphilis dans la période d'incubation, puis du chancre, alors que l'infection n'est pas généralisée, l'importance du diagnostic précoce devient une question primordiale.

Ne pas l'établir ou ne pas traiter une syphilis à cette période paraît être une faute grave.

Quels sont les moyens dont nous disposons pour faire ce diagnostic précoce du chancre mixte ? L'examen clinique, le laboratoire peuvent-ils nous donner une affirmation ?

Peut-on avec eux assurer :

Ceci est un chancre mixte.

Ceci n'est qu'un chancre simple.

Nous étudierons tous ces différents point de vue.

Nous présenterons des observations prises au service annexe de Rouen, les moyens de laboratoire employés, les résultats obtenus.

Ces statistiques auront le mérite d'être d'une exactitude rigoureuse, et nous essaierons de tirer une conclusion thérapeutique.

Notre thèse comprendra donc les chapitres suivants :

- I. — Fréquence des chancres mixtes d'après les statistiques fournies par le service annexe.
 - II. — De la difficulté de leur diagnostic précoce.
 - a) Cliniquement ;
 - b) Par le laboratoire ;
 - c) Des diverses éventualités qui peuvent alors se présenter.
 - III. — De la technique employée au service annexe des résultats obtenus.
 - IV. — Pourcentage des chancres mixtes dont la syphilis n'a été révélée que par un examen sérologique tardif.
 - V. — Conclusions que l'on peut apporter :
 - a) D'une méthode que l'on peut proposer pour mieux établir un diagnostic précoce par l'examen direct.
 - b) Faut-il accepter le traitement systématique par les arsenobenzols de tout chancre mou comme moyen préventif.
 - c) De la ligne de conduite que nous nous proposons de suivre.
-

CHAPITRE PREMIER

Fréquence des chancres mixtes à Rouen

Dans le numéro du 10 avril 1920 du *Bulletin médical*, M. le Dr Payenneville rapporte les statistiques suivantes :

A. — « Statistique de notre service à l'Hospice général de Rouen comprenant à la fois la consultation et l'hospitalisation (tout malade passé par les deux services n'est compté qu'une fois).

Total des chancres examinés du 1^{er} avril au 31 décembre 1919 : 235.

Ce total comprend :

Chancres syphilitiques.....	61
Chancres mous simples.....	125
Chancres mixtes	49

Ce qui fait un pourcentage de :

1° Sur la totalité des chancres, un peu moins d'un quart de chancres mixtes ;

2° Sur la totalité des chancres mous, environ un tiers de chancres mixtes. »

B. — « Statistique relevée au centre militaire de dermato-vénéréologie de la III^e Région à Rouen.

Total des chancres examinés de juillet à décembre 1919 inclus : 155.

Ce total comprend :

Chancres syphilitiques.....	59
Chancres mous simples.....	64
Chancres mixtes.....	32

Soit un pourcentage de :

1^o Sur la totalité des chancres, un peu moins d'un quart également ;

2^o Sur la totalité des chancres mous : juste un tiers. »

Nous avons repris, pendant le temps où nous avons été interne du service l'étude des chancres mixtes. Nous nous y sommes particulièrement intéressés. Et nous avons dressé la statistique ci-dessous.

De ces résultats et de son étude nous essaierons d'établir quelques conclusions.

Cette statistique, relevée du 1^{er} janvier 1920 au 1^{er} octobre 1920 est la suivante : 239 chancres se décomposant en :

Chancres syphilitiques.....	71
Chancres mous simples.....	94
Chancres mixtes.....	74

C'est-à-dire un rapport des chancres mixtes.

1^o A la totalité des chancres, d'un peu moins d'un tiers :

2^o A la totalité des chancres contenant du bacille de Ducrey, c'est-à-dire à la totalité des chancres

simples et des chancres mixtes (168) de moins de la moitié ;

3° A la totalité des chancres syphilitiques, c'est-à-dire à la totalité des chancres syphilitiques purs et des chancres mixtes (155) d'un peu moins de la moitié.

Dans ces statistiques, sont comptés comme chancres mixtes, les chancres dont l'examen direct avait fait établir le diagnostic de chancres simples et qui par la suite ont été suivis d'un Wassermann positif, ou d'accident de syphilis secondaire.

La troisième statistique rapporte une proportion de chancres mixtes plus importante que les deux autres.

Nous avons appris par le Dr Payenneville que la fréquence des chancres mixtes avait considérablement diminué dans son service à Rouen. Devons-nous en conclure que nous nous sommes trouvés en présence d'une série excessivement favorable à notre étude ? Devons-nous penser qu'il s'est agi d'une véritable épidémie de chancres mixtes ? Besnier, nous rapporte Aubry dans une de ses publications, avait employé ce mot en présence d'une proportion de chancres mixtes qui, une certaine année, s'était élevée à 5 o/o du total des chancres examinés dans son service.

Quoi qu'il en soit, un tel pourcentage de chancres mixtes, en nous mettant en présence d'un plus grand nombre de difficultés, nous a permis de mieux chercher à les surmonter.

Cette statistique sera la base de notre travail.

CHAPITRE

A. — Etude clinique

Pendant toute la période d'incubation du chancre syphilitique sur le chancre simple, il est impossible de faire un diagnostic clinique du chancre mixte.

A son apparition, alors qu'il aurait montré au début, s'il avait été pur, des caractères spécifiques connus, le chancre syphilitique reste à cette époque masqué par ceux plus marqués du chancre simple en pleine évolution. Aussi il n'est décrit aucune symptomatologie du chancre mixte à sa période initiale.

Certes, la transformation du chancre simple en chancre mixte va se produire, mais comme nous n'aurons pas pu nous en apercevoir tout au début, nous serons surpris par l'apparition d'un stade où l'aspect des tissus sera modifié d'une façon telle que le diagnostic pourra peut-être s'imposer.

Mais alors, est-ce qu'une réaction de Hecht ou de Wassermann ne va pas nous prévenir que nous arrivons trop tard, et que nous sommes déjà en période de généralisation ! De plus, à la période d'état l'aspect du chancre mixte est encore très variable.

Si nous voulons essayer de décrire l'aspect d'un chancre mixte à cette période, nous nous trouvons dans l'obligation de faire une description peu précise mais susceptible de comprendre tous les différents aspects que le chancre peut alors présenter.

Si nous examinons donc un chancre mixte non phagédénique du sillon balano-préputial, pour prendre un exemple, nous pourrions voir à un certain moment qu'il s'agit : d'une ulcération en général douloureuse, plus ou moins irrégulière, quelquefois arrondie, ovalaire ou fissuraire, tantôt profonde, tantôt superficielle. Bien souvent, le fond de la plaie semble avoir bourgeonné et s'être comblé. Ce fond est jaunâtre ou jaune grisâtre ; il paraît recouvert d'un pus grisâtre mêlé parfois de petits filets sanguins. Les bords sont tantôt taillés à pic, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, ils sont affaissés en totalité ou en partie. On peut les voir surélevés, bourgeonnants, rougeâtres. Autour du chancre on constate quelquefois une vive rougeur inflammatoire, sous laquelle, au palper, on trouve une infiltration marquée.

Mais un des caractères majeurs du chancre mixte, c'est d'avoir perdu la souplesse que conservent les tissus malades dans le chancre simple. Quand on le saisit entre le pouce et l'index, on éprouve une sensation d'induration pas toujours nette sur toute la base mais en général assez précise au niveau de la périphérie. Cette infiltration périphérique est plus caractéristique que l'induration basale qui manque

d'ailleurs quelquefois dans certains chancres syphilitiques purs.

On trouve une adénopathie douloureuse, inflammatoire, quelquefois il se produit un bubon suppuré, mais il existe aussi en même temps des ganglions indolents.

Induration périphérique et coexistence de ganglions indolents et de ganglions douloureux sont les caractères les plus nets qui se dégagent de toute cette symptomatologie. Ils doivent faire songer au diagnostic de chancre mixte. Mais nous dirons immédiatement qu'une erreur peut se produire quant à l'induration périphérique du fait d'une transformation des bords par l'application de topiques ou d'antiseptiques.

Les malades s'en sont servis soit de leur propre initiative, soit parce que le diagnostic de chancre simple a été porté par un médecin consulté au moment où l'ulcération était en effet cliniquement simple ; soit aussi — ne craignons pas de le dire, le cas est si fréquent, — parce qu'un pharmacien consulté leur a vendu une pommade au calomel, leur a conseillé des applications de nitrate d'argent, de teinture d'iode, des bains de sublimé, une lotion d'oxycyanure ou autre qui transforment, dénaturent les lésions les plus banales et empêchent un diagnostic précis.

L'examen clinique restera donc très douteux et nous verrons par la suite que cette manière de faire rend souvent impossible l'examen direct d'emblée.

B. — Moyens de laboratoire dont on s'est servi pour déceler la présence du tréponème

- 1° L'examen direct ;
- 2° L'examen sérologique.

1° **L'examen direct.** — Il peut être fait à l'ultramicroscope. Le tréponème y apparaît non déformé, vivant. Ses caractères propres, ceux de ses mouvements sont spécifiques et sont garants d'une bonne interprétation des résultats.

Nous avons employé, pour cet examen direct, la méthode de Fontana-Tribondeau. Nous sommes persuadés qu'elle mérite une considération égale à celle de l'ultramicroscope. Ses données sont donc pour nous de toute valeur.

C'est une méthode simple ; la technique en est parfaitement réglée, et un opérateur, pour peu qu'il soit soigneux, obtient toujours de belles préparations bien déshémoglobinisées, dont la teinte, après le mordantage à la solution de tanin à l'alcool et l'imprégnation au nitrate d'argent, est d'un beau marron à reflets métalliques.

Observés au microscope à l'immersion, les spirochètes colorés en brun noirâtre ou jaunâtre sont d'une netteté parfaite.

L'identification des tréponèmes demande une certaine expérience mais s'acquiert assez vite. Ils se distinguent des *spirochaetes refringens* et des *spirochaetes balatidinis* par leur allure élégante. Certes, le

nitrate d'argent les a épaissis. Ils n'ont plus cette remarquable finesse et cette élégance — pour revenir sur ce mot qui est classique — que l'on trouve à l'ultramicroscope. Ils ne sont plus, naturellement, doués de leurs mouvements, mais ils ont conservé leurs sinuosités nombreuses et grêles alors que les autres ont des flexuosités peu nombreuses, larges, qu'ils sont plus étalés, plus grossiers, plus épais.

Pour la coloration du bacille de Ducrey nous nous sommes servis de la thionine phéniquée et du bleu polychrome à l'ammoniaque.

Tout porteur d'une ulcération suspecte se présentant à la consultation est soumis immédiatement à un examen de cette ulcération, s'il n'y a mis aucun topique ou antiseptique au préalable.

Dans le cas contraire il est renvoyé au lendemain. Le chancre étant bien nettoyé avec des tampons humides puis secs, des scarifications parallèles, courtes, juste assez profondes pour faire saigner sont faites sur les parties les plus infiltrées des bords du chancre.

Si au début l'hémorragie est un peu abondante, on l'arrête par une courte compression à l'aide d'un coton ; on attend ensuite quelques minutes afin de laisser apparaître une sérosité sanglante. On en recueille une goutte, soit avec une pipette pour la déposer sur une lame de verre porte-objets, soit en appuyant cette lame de verre sur le chancre. On laisse sécher sans chauffer ni fixer.

Critique de l'examen direct. — Alors qu'on serait

en droit d'espérer qu'un examen direct nous révélat le tréponème toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une ulcération spécifique, nous verrons par la suite que cet examen est assez fréquemment négatif, pour les raisons suivantes :

1° Le porteur a fait usage de produits irritants (topiques, antiseptiques, qui ont éloigné le tréponème dans les couches plus profondes du derme) ;

2° Le porteur se présente après avoir reçu une injection d'arsenobenzol : les tréponèmes ont disparu pour la plupart des couches superficielles de l'ulcération ;

3° Le chancre est ancien, l'examen est quelquefois négatif ;

4° Il est cicatrisé.

On sait combien sont nombreux les malades qui se présentent après avoir usé d'un antiseptique. M. Belgodère, à ce propos, dit que les « risques d'insuccès pour l'examen direct sont dix fois plus grands lorsqu'il y a eu emploi préalable d'antiseptique ».

Le deuxième cas se produit encore fréquemment. Combien voyons-nous de malades qui avant de venir nous consulter sont allés dans un de ces nombreux instituts vivant de réclame fallacieuse, et où l'on emploie l'arsenobenzol à propos d'affection les plus diverses, le plus souvent par escroquerie.

Enfin, le chancre est cicatrisé : s'il reste un peu d'infiltration on peut, en scarifiant y retrouver quelquefois le tréponème ; mais il y a de nombreux cas

négatifs. D'ailleurs à cette époque, la séro-réaction est souvent positive : le diagnostic précoce n'est plus fait.

2° L'examen sérologique. — Il complète l'examen bactériologique. Il est nécessaire. Une première prise de sang est faite le même jour que l'examen direct.

Si le Wassermann est négatif et si l'examen direct est positif, le diagnostic aura été précoce, le traitement antisypilitique pourra être appliqué : l'avenir favorable du malade sera assuré.

Si le Wassermann est positif au contraire, le diagnostic n'aura pas été fait précocement. Le pronostic est soumis à de nombreuses réserves.

Nous nous sommes servis pour nos examens de sang de la méthode de Wassermann (sérum chauffé) avec antigène de foie d'hérédo-syphilitique, et d'antigène de Bordet.

Nous signalerons simplement à titre de diagnostic différentiel le cas d'un ancien syphilitique porteur d'un chancre. Le Wassermann positif se rapporte alors à sa syphilis antérieure et non à une infection causée par le chancre pour lequel il est venu consulter.

C. — Eventualités en présence desquelles on peut se trouver au moment de l'examen bactériologique.

Plusieurs cas peuvent en effet se présenter :

1° « Il s'agit d'un porteur de plusieurs ulcérations

suspectes chez lequel il faut rechercher si ces ulcérations sont toutes de même nature, ou si au contraire, les unes sont syphilitiques et les autres des chancres mous, ou si certaines ne sont pas des chancres mixtes » (obs. I et II) ;

2° « Le malade peut avoir une ulcération ayant tous les caractères cliniques d'un chancre mou avec ou sans bubon suppuré et au niveau de laquelle cependant, il existe, au moment de l'examen, une association du tréponème et du bacille de Ducrey » (obs. III) ;

3° « L'ulcération que présente le malade au moment de l'examen peut être uniquement un chancre simple, mais devenir ultérieurement mixte du fait de la superposition *in situ* du tréponème au bacille de Ducrey, et cela du fait d'un contage unique, ou du fait d'une inoculation ultérieure » (obs. IV et II) ;

4° « Comme dernière éventualité, il faut envisager le cas d'un malade chez lequel l'ulcération suspecte est complètement cicatrisée avec ou sans bubon suppuré et pour lequel il est également très important de faire d'une façon précoce le diagnostic rétrospectif, soit de chancre mixte » (obs. I et V).

Pour fixer davantage et préciser ces différentes éventualités, nous relaterons des observations prises au service annexe.

Elles peuvent être considérées comme des observations types.

OBSERVATION I

M. A..., 18 ans. 5 avril 1920. *Chancres simples.*

Se présente à la consultation porteur de deux ulcérations au niveau du sillon balano-préputial, l'une à la partie supérieure et dorsale de la verge, l'autre à 1 centimètre et à droite du frein.

Ces ulcérations sont lenticulaires à bords nets taillés à pic, entourés d'un liseré rougeâtre, congestionnés, saignant assez facilement au contact. La plaie est recouverte d'un pus jaunâtre qu'on enlève assez difficilement et laissant voir un fond jaune grisâtre assez irrégulier.

Le palper est assez douloureux. Pas d'induration des bords, base souple. Pléiade ganglionnaire sensible avec un ganglion plus volumineux, avec réaction cutanée inflammatoire.

Cliniquement : chancres simples.

Le contagé date de cinq jours. Il n'a pas eu d'autres rapports depuis trois mois. Il n'a mis aucun antiseptique sur les plaies.

L'examen direct des deux ulcérations est négatif pour le tréponème $T = -$; est positif pour le Bacille de Ducrey $D = +$.

Un premier Wassermann est fait le même jour 5 avril $W \parallel -$.

Traitement local.

Le malade est mis en surveillance.

Trois examens de sang sont pratiqués par la suite le 20 avril, 6 mai (chancre cicatrisé), 18 juillet, tous trois sont négatifs.

OBSERVATION II

J. C..., 26 ans, 16 janvier 1920. *Chancre mixte par inoculation ultérieure.*

Présente deux ulcérations.

La première petite ovulaire de la grandeur d'un grain de riz au voisinage du frein, douloureuse, bords taillés à pic avec zone rouge inflammatoire à la périphérie. Fond jaunâtre.

Pas d'induration profonde, pas de bords infiltrés durs.

La deuxième, à la partie libre du prépuce en dessus de la partie supérieure du sillon balano-préputial est une ulcération peu profonde à fond recouvert d'un pus mal lié jaunâtre.

Les bords sont légèrement œdémateux, on perçoit au palper une induration légère. Induration visible en faisant successivement découvrir et recouvrir le gland par le prépuce.

On n'a pas la sensation du rebord cartilagineux ; cependant les bords sont plus saillants, l'infiltration mieux apparente au moment où le prépuce se retourne.

Chaîne ganglionnaire indolente.

Cliniquement : un chancre mou, un chancre mixte.

Examen des deux chancres :

Pour le premier : Tréponème négatif ; Ducrey positif.

Pour le second : Tréponème positif ; Ducrey positif.

Prise de sang à la même date : Wassermann négatif.

Le malade dit avoir eu un dernier coït il y a quinze jours mais aussi d'autres rapports antérieurs.

Soins locaux appropriés.

Mis au traitement immédiat à l'arsénobenzol.

OBSERVATION III

F. X..., 20 ans. 20 juin 1920. *Chancre mixte, cliniquement chancre simple.*

Chancre de la fourchette datant de trois semaines.

Ulcération irrégulière de contours assez étendus, douloureuse, à bords nets.

A fond tomenteux recouvert d'un pus jaunâtre suintant.

Pas d'induration de la base ni des bords.

Bubon suppuré droit.

Examen : Frottis = Ducrey : positif.

Suintement hémorragique. Tréponème : positif après la scarification.

Wassermann : négatif.

Mise au traitement antisyphilitique et local.

OBSERVATION IV

E. I..., 25 ans. 10 juin 1920. *Chancre mixte contag unique.*

Chancres multiples du sillon balanco-préputial datant de douze jours environ.

Le malade a mis des antiseptiques divers : Iodoforme.

Permanganate de potasse.

A l'examen clinique cependant, aucun caractère pouvant faire croire à un chancre mixte.

Revient le lendemain après avoir mis des pansements vingt-quatre heures durant.

L'examen direct donne un frottis avec Ducrey positif.

Une sérosité sanglante dont l'examen est nul : Tréponème négatif.

Le 11 juin Wassermann négatif.

Revient douze jours plus tard.

Bubon douloureux non suppuré.

Chancres au niveau du frein non cicatrisés, ayant amené le décollement du frein.

Les bords sont moins nets, infiltrés.

On l'attribue aux antiseptiques, on nettoie la plaie cependant à l'eau bouillie : on sèche et on refait un nouvel examen.

Le Tribondeau est négatif.

Un Wassermann refait le même jour, 23 juin est positif total.

Aucun accident secondaire.

OBSERVATION V

G. P..., 30 ans. 25 septembre 1920. *Chancres mixtes cicatrisés*. Vient parce qu'il est porteur d'un bubon suppuré à bacille de Ducrey.

Chancres datant de plus d'un mois, cicatrisés, au niveau du sillon balano-préputial.

On perçoit une légère infiltration au niveau de la cicatrice du chancre mou :

Il est possible qu'il s'agisse d'un chancre mixte que le malade a soigné à l'iodoforme.

Pas de roséole.

On tente l'examen direct : on scarifie, mais l'examen reste négatif.

On fait un Wassermann qui se révèle positif total.

Le malade affirme n'avoir jamais eu la syphilis autrefois.

On met le malade au traitement antisypilitique : Cyanure de mercure et arsénobenzol.

Nous pouvons par l'étude de ces 5 observations types faire un tableau récapitulatif des résultats obtenus par l'examen direct :

Dans l'observation I, l'examen bactériologique fait présumer qu'il s'agit d'un chancre simple, dont les examens sérologiques postérieurs apportent la confirmation.

Dans l'observation II, il permet d'établir le diagnostic de chancre mixte sur l'un des chancres, le Wassermann étant négatif.

Dans l'observation III, il met en évidence le tréponème dans un chancre cliniquement mou, alors que le Wassermann est encore négatif.

Dans l'observation IV, le Tribondeau-Fontana est négatif, le bacille de Ducrey positif, bien qu'il s'agisse de chancre mixte que confirme l'évolution.

Dans l'observation V, l'examen direct est impossible. Bubon suppuré. Le Wassermann est positif total. Il s'agit encore d'un chancre mixte.

Et nous pouvons conclure que, grâce à l'examen bactériologique, on a pu compléter l'étude clinique des ulcérations suspectes, dans les obs. I, II, III.

Nous pouvons également conclure que la spécificité dans les observations IV et V n'a été révélée que par le Wassermann.

Et ainsi, il est rendu évident que l'examen bactériologique est insuffisant.

Mais il est un problème beaucoup plus considérable que nous envisagerons :

Alors qu'un examen direct confirme l'examen clinique d'un chancre mou, pouvons-nous assurer qu'il ne deviendra pas syphilitique.

L'observation I, nous démontre que, par des examens de sang successifs, le chancre mou est resté simple. L'observation IV, nous démontre le contraire.

Quelle conduite donc tenir quand on se trouve en présence d'un chancre mou ?

Est-ce que le chancre va s'indurer par la suite ? Rien ne nous le fait prévoir.

Avant de commencer l'étude de ce troisième point de ma thèse, je vais exposer quelle a été notre conduite au service annexe.

Nous disons ensuite quels ont été nos résultats, et il nous restera sur une statistique à établir des conclusions.

CHAPITRE III

A. — Technique employée après l'examen bactériologique au service annexe

1^{re} Une prise de sang a été faite le même jour que l'examen direct ;

2^{re} Tout porteur de chancre simple a reçu un traitement local.

Il a été ensuite l'objet de trois examens sérologiques successifs :

Les deux premiers ; à quinze jours d'intervalle.

Le troisième, trois mois après le dernier Wassermann.

3^{re} Tout chancre mixte a été précocement traité par les arsénobenzols.

B. — Résultats

1. En reprenant les observations du service annexe du 1^{er} janvier 1920 au 1^{er} octobre 1920 nous pouvons établir la statistique suivante :

1^{re} Chancres mous dans lesquels l'absence de syphi-

lis a été confirmée par les examens sérologiques successifs ;

$$\begin{array}{l} \text{Ducrey} + \quad \text{Tribondeau} - \\ 3 \text{ Wassermann successifs} - \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right. \quad 94$$

2° Chancres où la présence du tréponème a été révélée par l'examen direct et dont le Wassermann a été négatif ;

$$\begin{array}{l} \text{Ducrey} + \quad \text{Tribondeau} + \\ 1^{\text{er}} \text{ Wassermann} - - - - \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right. \quad 15$$

3° Chancres où le Tribondeau et le Wassermann étaient positifs

$$\begin{array}{l} \text{Ducrey} + \quad \text{Tribondeau} + \\ 1^{\text{er}} \text{ Wassermann} + + + - \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right. \quad 32$$

4° Chancres mous pour lesquels le Tribondeau et le premier Wassermann ont été négatifs, mais qui ont eu par la suite un Wassermann positif ;

$$\begin{array}{l} \text{Ducrey} + \quad \text{Tribondeau} - \\ 1^{\text{er}} \text{ Wassermann} - + + - \\ 2^{\text{e}} \text{ Wassermann} + + + - \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right. \quad 21$$

5° Chancres cicatrisés mixtes où le Wassermann était positif avant l'apparition de la roséole

$$\text{Wassermann} + + + - = 6$$

2° De cet ensemble, nous pouvons retenir les malades dont le diagnostic précoce n'a pu être fait, et qui par suite ont subi une infection syphilitique générale.

En faisant la totalité des chancres mous et mixtes

de notre statistique, soit 168 cas, nous pouvons voir :

1° Qu'un certain nombre d'entre eux se ont révélés syphilitiques par les examens de laboratoire.

Pour eux l'indication bien nette du traitement s'est imposée ;

2° Qu'un nombre plus important nous sont apparus non syphilitiques, les examens bactériologiques et sérologiques étant négatifs.

Le tableau en est le suivant :

I

$$\begin{array}{lcl} 1^{\circ} D + T + W - & = & 15 \\ 2^{\circ} D + T + W + & = & 32 \\ 3^{\circ} D + T + W + & = & 6 \end{array} \left\{ \begin{array}{l} 53 \text{ cas de chancres mixtes} \\ \text{confirmés} \end{array} \right.$$

II

$$\begin{array}{lcl} 1^{\circ} D + T - W - & = & 94 \\ 2^{\circ} D + T - 1^{\text{er}} W - & = & 21 \end{array} \left\{ \begin{array}{l} 115 \text{ cas douteux au début quant} \\ \text{à la coexistence de la syphilis} \end{array} \right.$$

Que sont devenus ces 115 cas ?

Leur évolution sans traitement antisypilitique indique que sur :

94 cas (3 Wassermann successifs en quatre mois de temps ayant été négatifs) la syphilis n'apparut pas.

21 cas (le deuxième ou le troisième Wassermann ayant été positifs) la syphilis y fut décelée, des accidents secondaires étant survenus ou non (aucun de ces malades n'ayant vu apparaître un nouveau chancre dans l'intervalle de ces examens).

Ce sont 21 malades, soit 18 0/0 de nos cas où la

syphilis n'avait pas été découverte d'emblée et qui au début se sont présentés à nous avec un Wassermann positif total.

L'ensemble de ces faits comporte-t-il une ligne de conduite spéciale ? C'est que nous allons étudier pour conclure.

CHAPITRE V

Quelle pourrait donc être notre conduite ?

Problème grave puisque 18 0 0 de nos malades porteurs de chancres dont le diagnostic définitif n'a pu être porté d'emblée, sont entrés dans la période secondaire faute d'un traitement précoce.

1^{er} Devons-nous pour éviter de telles conséquences laisser 100 malades porteurs de chancres mous avec Tribondeau négatif, sans pansement antiseptique de peur de modifier leurs lésions : tout cela pour permettre de nouveaux examens directs qui seront peut-être positif chez 18 d'entre eux ? Sans doute on peut essayer d'arrêter les soins locaux et de tenter à nouveau la recherche du tréponème. Et l'on peut proposer la solution suivante :

a) Faire à tout chancre simple pendant le premier mois après son apparition un examen direct chaque semaine :

b) Suspendre les pansements locaux antiseptiques pendant quarante-huit heures avant l'examen en les remplaçant par des bains prolongés à l'eau bouillie.

On aurait évidemment de cette façon quelques chances de diminuer de beaucoup cette proportion

(18 0/0) d'ulcérations dont le diagnostic précoce n'a pu être établi.

Mais peut-on laisser sans soins pendant deux jours par semaine un chancre mou qui menace de se compliquer de bubon suppuré, de phagedénisme, de gangrène même ? Evidemment non.

Toutefois pour tous ces chancres non menacés de telles complications, cette méthode d'examens répétés nous semble devoir être tentée.

2° Devons-nous d'emblée en présence d'un porteur de chancre mou non révélé syphilitique lui faire un traitement intensif par les arsénobenzols ?

Au moment où nous achevions notre thèse, il est paru à ce sujet dans le numéro de mars 1921 de *l'Hôpital* un compte rendu d'une leçon de M. le professeur Jeanselme où il est dit : « Actuellement je traite systématiquement par les arsénobenzols les porteurs de chancres mous, car l'on sait avec quelle fréquence extrême le chancre mou est suivi de chancre induré quelques semaines plus tard ; je cherche, d'autre part, à ne pas perdre de vue les sujets infectés par le bacille de Ducrey qui ont refusé le traitement préventif. Ces derniers tenant lieu de témoins, nous pourrons dans quelques mois apprécier la valeur de ce traitement préventif ». Notre statistique, basée sur l'examen de porteurs de chancres mous dont on a suivi l'évolution sans traitement spécifique me semble répondre, en partie, aux appréciations que M. le professeur Jeanselme désire connaître.

Si la guérison par les arsénobenzols de la syphilis soignée à cette période de début est confirmée, nettement établie, comme le prouvent les si nombreuses observations de réinfection, 18 o/o de nos malades dont les examens de laboratoire n'avaient pas décelé le tréponème, 18 o/o donc de la totalité des chancres nous auraient bénéficié de ce traitement intensif et préventif.

On pourra nous adresser à ce sujet de nombreuses *objections*.

a) Allons-nous soigner pour syphilis 100 malades dont 82 ne sont pas syphilitiques. Les considérerons-nous comme syphilitiques ces 82 malades pour lesquels on n'aura pas posé de diagnostic ?

b) Est-on autorisé à employer pour eux un médicament qui n'est pas sans dangers qu'ils soient immédiats ou retardés ? Des cas de morts ont été signalés. Sommes-nous certains que parmi ces 82 malades nous n'allons pas avoir d'accidents mortels dus aux arsénobenzols ?

c) Enfin le malade va-t-il accepter ce dilemme : Ai-je ou n'ai-je pas la syphilis ? On lui dira que peu importe, puisque s'il a été atteint, il est maintenant guéri. En sera-t-il persuadé ? Le serons nous nous-mêmes ?

d) Et à cette époque où les responsabilités médicales sont de plus en plus grandes, ne pouvons-nous pas, en cas d'accidents par l'arsénobenzol chez un porteur de chancre dont la spécificité n'aura pas été révélée, encourir un verdict en notre défaveur ?

En opposition, les *arguments favorables* pour justifier cette méthode ne manqueront pas.

a) La précocité du traitement semble arrêter la généralisation ;

b) La stérilisation est à peu près certaine : les réinoculations en font foi ;

c) Le traitement d'ailleurs n'a pas besoin d'être très prolongé. Il a été cité des cas de porteurs de chancres syphilitiques, soignés dans de semblables conditions, qui ont refait des inoculations quelques mois plus tard ;

d) On fait, pourra-t-on dire encore, dans bien d'autres circonstances comparables, des traitements qui ne sont pas non plus exempts de dangers. On injecte bien préventivement à un enfant présentant de fausses membranes douteuses ou sérum antidiphthérique. On n'a pas hésité à faire du sérum antitétanique à tous les blessés de guerre ; et on n'a pas craint pour eux les accidents d'anaphylaxie possibles et quelquefois très graves dans le cas où une deuxième injection aurait été nécessaire quelques semaines plus tard ;

e) Il pourrait sembler suffisant de traiter ces chancres mixtes dès que le Wassermann est positif. Il est peu fréquent, en effet, qu'un traitement bien conduit, longtemps prolongé ne fasse pas disparaître les manifestations d'une syphilis en activité. Mais il faut, nous insistons, un traitement bien conduit et prolongé ;

f) Et sommes-nous certains que tous les centres de

résistance dans lesquels le tréponème se réfugie, seront forcés ? Ne verra-t-on pas un jour se développer sur de tels malades une syphilis nerveuse par exemple ?

g) Enfin, dernier argument, 18 o/o des malades vont profiter du traitement précoce ; ils ont beaucoup de chances de guérison, et à cette époque où l'on a besoin de faire une prophylaxie intense de la syphilis, va-t-on négliger ces malades dont le nombre forme un pourcentage important à tel point, qu'il pourrait justifier cette médication systématique ?

CONCLUSIONS

J'ai tenté d'envisager impartialement, pour résoudre ce problème du diagnostic précoce de la syphilis dans les chancres mixtes, deux méthodes :

La première, celle des examens répétés pendant plus d'un mois après l'apparition de l'ulcération suspecte.

La seconde, celle des injections préventives d'arsénobenzol.

Je me suis efforcé de faire ressortir leurs avantages et leurs inconvénients.

Il m'a semblé, après les avoir bien examinés, que tant que l'état du chancre le permettait, tant qu'il n'y avait pas pour le porteur de complications immédiates à craindre, on dût se reporter à la méthode des examens-répétés et réguliers.

De cette façon la proportion des spécifiques non traités précocement doit diminuer.

Mais dès qu'une complication sérieuse empêchera d'appliquer cette méthode, on sera autorisé, après avoir obtenu le consentement du malade et à lui en avoir bien fait voir les avantages, les dangers, les

obligations, on sera autorisé, dis je, à lui appliquer le traitement préventif par les arsénobenzols.

Il y a dans toute méthode qui vise au bien-être des hommes des points excellents. Il faut savoir être électrique.

Vu : le Président de la thèse,

JEANSELME

Vu le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Audry* (de Toulouse). — Sur l'importance du chancre mixte (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Séance du 10 décembre 1896).
- Traité des maladies vénériennes, 1909.
- Angagneur et Carle*. — Précis des maladies vénériennes, 1913.
- Balzer*. — Maladies vénériennes 1906 in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert. Article du chancre mixte, t. VII.
- Belgodère*. — L'examen bactériologique des chancres. Exposé et discussion de quelques résultats (Annales des mal. vénériennes, oct. 1920).
- Betances*. — Remarques sur le diagnostic précoce du chancre simple et du chancre syphilitique. (Annales des mal. vénériennes, 1916, p. 624).
- Bodin*. — Une faute de pratique à éviter en syphiligraphie (Paris médical, 25 octobre 1919, p. 327).
- Brocq* (L.). — Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 1907. Article du chancre mixte, t. I^{er}, p. 630.
- Carvalho*. — De l'emploi du novarsénobenzol dans le traitement du chancre simple (Societade Brasileira de Dermatologio, 30 octobre 1914. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1916-1917, p. 379).
- Darier*. — Précis de Dermatologie, 1909.
- Fernet*. — Importance du diagnostic précoce de la syphilis (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1921).
- Fournier*. — Article chancre mixte du nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, 1866.

- Gougerot.* — Chancre mou (Revue générale). Fréquence des chancres mixtes. Diagnostic clinique et bactériologique de la syphilis masquée par le chancre mou (Paris médical, 20 avril 1912, n° 21, p. 501).
- Jeanselme.* — Conduite générale du traitement de la syphilis (L'Hôpital, mars 1921 (A), n° 42).
- Le Petit.* — Historique du chancre mou. Th. Paris, 1913.
- Paramonoff.* — Du chancre mixte. Th. Paris, 1912.
- Pawlow.* — Un cas de guérison d'un chancre simple par l'emploi du salvarsan (Dermatologische Zeitschrift, 2 mars 1912, n° 9).
- Payenneville.* — A propos de la grande fréquence des chancres mixtes et de l'importance de leur diagnostic bactériologique précoce (Bulletin médical, 10 avril 1920).
- Queyrat et Pinard (M.).* — Comment traiter les syphilitiques pour les guérir ? (Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Séance du 10 juin 1920).
- Rabut.* — Le chancre mou (Revue générale) (Gazette des Hôpitaux, n° 80, décembre 1919).
- Rollet.* — Traité sur les maladies vénériennes, 1865.
- Sabouraud.* — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré (Presse médicale, n° 23, 17 avril 1920).
- Thibierge.* — Art. chancre mou in Traité de Médecine Bouchard et Brissaut, 1892.
- Tribondeau.* — Technique pratique d'examen bactériologique d'un chancre (Paris médical, 8 juin 1918).

